

**Docteur Jean TASSIGNY**

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS  
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS



**TRAITEMENT ABORTIF**

DE

**L'Amygdalite phlegmoneuse**

PAR LES

**INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE COLLARGOL**



PARIS

**JOUE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

15, Rue Racine, 15

1920



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de notre affection  
et de notre reconnaissance.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Paul CARNOT

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.*

*Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur RENON

Monsieur le Professeur SEGOND (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur BROCC

Monsieur le Professeur HUTINEL

Monsieur le Docteur THIROLOIX

Monsieur le Docteur FUNCK-BRENTANO



TRAITEMENT ABORTIF  
DE  
L'AMYGDALITE PHLEGMONEUSE  
PAR LES  
INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE COLLARGOL

---

AVANT-PROPOS

---

Avant de commencer cette courte exposition, nous tenons à remercier M. le Dr Harvier qui a bien voulu nous donner notre sujet de thèse et mettre à notre disposition les observations que nous publions.

Nous n'avons pas la pensée d'ajouter dans ce travail quoi que ce soit aux nombreuses recherches qui ont été faites au sujet de l'amygdalite phlegmoneuse, soit sur sa pathogénie, soit sur son siège.

Il semble aussi que tout ait été dit sur le collargol et nous n'apporterons aucune précision nouvelle sur ses propriétés physiques et physiologiques.

Nous voulons seulement établir les règles et donner les résultats, *qui nous semblent fort appréciables en pratique*, du traitement de l'amygdalite phlegmoneuse par les injections intraveineuses de collargol.

L'amygdalite phlegmoneuse étant connue de toute antiquité, il serait aussi long que fastidieux de vouloir énumérer les innombrables médications qui ont été tentées contre elle.

A l'heure actuelle, le traitement de l'angine phlegmoneuse peut se résumer en deux mots :

1° *Expectative* plus ou moins masquée par l'emploi de gargarismes, de collutoires, d'enveloppements chauds, etc. ;

2° *Intervention sanglante* comprenant plusieurs procédés :

Le procédé au bistouri (Lemaistre) ;

Le procédé au galvanocautère (Moure) ;

Le procédé par discision (Ruault, Killian).

Or, il est certain qu'en présence d'un phlegmon de l'amygdale on a toujours tendance à employer d'une façon banale le gargarisme ou toute autre médication qui n'a généralement d'autre but que de faire patienter le malade, de ne pas rester inactif en attendant l'ouverture spontanée de la collection, parfois aussi d'éviter une intervention toujours pénible pour le malade et désagréable pour le médecin et qui n'est pas sans présenter de danger.

Aussi, il nous a paru intéressant d'apporter un certain nombre d'observations montrant comment le collargol, en injection intraveineuse, juggle en quelque sorte le processus phlegmoneux, évitant toute intervention sanglante et apportant un soulagement immédiat au patient.

## HISTORIQUE

---

Le collargol a été isolé en 1889 par Carey Lea, mais c'est Benno Crédé, le chirurgien allemand qui, en 1897 au Congrès international de Moscou, signale pour la première fois les bons effets de cette préparation et publie les résultats de ses recherches sur les propriétés du collargol.

M. Netter a eu le grand mérite d'être le premier à faire connaître le collargol en France et à en préconiser l'emploi. Il le fit d'une façon magistrale dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris le 12 décembre 1902 qu'il compléta, au fur et à mesure de ses travaux et de ses observations, dans des communications ultérieures : à la même Société en 1903 ; à la Société de l'Internat en 1908 ; dans la *Presse médicale* en 1913.

En 1905, MM. Albert Robin et Weill faisaient connaître l'action des ferments métalliques sur les éléments figurés du sang. Ils établissaient que, chez les animaux sains comme chez l'homme malade, après injection de collargol, on constate d'abord une diminution du nombre des globules blancs du sang —

leucopénie — suivie bientôt d'une augmentation de ces globules — hyperleucocytose.

En 1907, MM. Achard et P.-E. Weill ont fait l'étude de l'action de l'électrargol sur le sang et les organes hématopoïétiques.

Le collargol a été préconisé pour toutes les maladies. Utilisé d'abord dans les affections chirurgicales, son emploi ne tarda pas à s'étendre aux affections médicales et on a pu présenter des listes très importantes de succès parfois vraiment extraordinaires dans les pneumonies et pneumococcies, au cours d'infections secondaires de la rougeole, de la scarlatine, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde et dans certains cas d'infection puerpérale, d'érysipèle, de septico-pyohémie, d'endocardites infectieuses, d'arthrites, de suppurations diffuses de la plèvre, du rein, etc...

Netter dans sa communication à la Société de l'Internat du 26 mai 1908 déclare : « Nous avons eu  
« maintes fois à constater que, dans les cas d'angine  
« phlegmoneuse, d'esquinancie où les malades sans  
« être dans un état de gravité très grande sont  
« incommodés singulièrement par la fièvre, la lassitude, les douleurs, il y a un amendement s'établissant en règle générale avec une brusquerie très grande en cinq à six heures après l'injection de collargol. »

Mais c'est H. Triboulet qui, dans une communication détaillée à la Société médicale des Hôpitaux le 3 décembre 1915, posa nettement l'indication du

« traitement de l'angine phlegmoneuse par l'injection  
« intraveineuse d'argent colloïdal (collargol, élec-  
« trargol) ».

Pour lui, l'angine phlegmoneuse est « l'indication  
typique » de l'emploi du collargol — et Netter a con-  
firmé son opinion. Triboulet lui demandant de vou-  
loir bien lui désigner une affection qui, d'après sa  
compétence si grande, pourrait fournir la démon-  
stration la plus saisissante du pouvoir de l'argent col-  
loïdal : « A mon avis, répondit Netter, c'est l'angine  
phlegmoneuse. »

C'est ce qui nous a amenés à traiter systématique-  
ment par les injections intraveineuses de collargol,  
toutes les amygdalites phlegmoneuses que nous  
avons eu à soigner et nous allons dire ce que cette  
méthode nous a donné.

---

## TECHNIQUE

---

*La solution* employée est une solution de collargol à 10/o. Comme le dit Triboulet il semble qu'il y ait avantage à employer des solutions fraîchement préparées ; il y aurait même un très grand intérêt à se servir de la solution encore tiède au moment où elle vient d'être faite.

*L'injection intraveineuse* est le mode de choix d'administration du collargol lorsqu'on veut aller vite comme c'est le cas ici. « L'injection intraveineuse n'a qu'une contre-indication, à savoir l'impossibilité de trouver une veine injectable (1) » ce qui est exceptionnel. On pourrait dans ce cas recourir à l'injection intramusculaire dans la masse fessière.

Nous n'insisterons pas sur la technique même de l'injection intraveineuse qui est passée maintenant dans la pratique courante. L'instrumentation consiste en une seringue de Luer de 10 centimètres cubes et une aiguille, le tout stérilisé. On se servira de préférence d'une aiguille courte, à biseau court

1. Triboulet, Communic. à la Soc. méd. des Hôpitaux, 3 déc. 1915.

et on piquera les téguments au-dessus de la saillie de la veine avec une obliquité d'environ 45°.

La sortie du sang noir par le pavillon de l'aiguille montre qu'on est bien dans la veine. Il faut également s'assurer, avant de pousser l'injection, que l'aiguille n'a pas traversé la veine, ce qui se produit rarement avec une aiguille à biseau court. On peut s'en assurer en imprimant des mouvements de circumduction à l'aiguille dont on sent la pointe qui se meut dans la cavité du vaisseau. Cette recommandation qui peut paraître banale et superflue a cependant ici plus d'importance que dans beaucoup d'injections intraveineuses car, si on néglige de prendre ces précautions, on peut avoir quelques ennuis, peu graves il est vrai, mais qui sont très pénibles pour le malade. Si, en effet, la piqûre est mal faite ou si l'aiguille sort du vaisseau pendant l'injection, soit à la suite d'un mouvement intempestif du malade ou d'une secousse involontaire donnée par l'opérateur, le collargol s'écoule dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le malade accuse alors une douleur très vive parfois intolérable qui lui arrache des cris et lui fait faire des gestes désordonnés. Puis il se produit un empâtement qui reste douloureux, une masse inabsorbable, un véritable « argyrome ». Parfois cet empâtement aboutit au sphacèle (Cohn, Société de chirurgie de Budapest, 1906) et il s'écoule alors un liquide séreux, de couleur noirâtre, dans lequel il y a absence complète de microbes.

On voit donc qu'il y a grand intérêt à faire cor-

rectement l'injection intraveineuse de collargol.

*La quantité à injecter* est de 5 à 15 et même 20 centimètres cubes soit en injections de 5 ou de 10 centimètres cubes suivant les cas, injections que l'on répétera à un ou deux jours d'intervalle. On réglera sa conduite sur l'état du malade, l'amélioration produite et la courbe de température (cf. observations).

*Quel est le moment de l'affection auquel il est préférable de pratiquer l'injection ?* — Il semble, disait Triboulet, qu'il y ait pour obtenir une réaction favorable une période optima qui serait du deuxième au troisième jour de l'évolution de l'œdème pharyngé.

Dans les cas dont nous rapportons les observations :

— Une fois la première injection a été faite le premier jour de la maladie (c'était une récurrence sur l'amygdale opposée) :

- Une fois le deuxième jour ;
- Une fois le troisième jour ;
- Une fois le quatrième jour ;
- Une fois le cinquième jour ;
- Une fois le sixième jour ;
- Une fois le septième jour ;
- Une fois le huitième jour.

Le résultat a été le même dans tous les cas : amélioration presque immédiate après la première ou la deuxième injection et guérison au bout de deux à trois jours.

Il semble donc que la période de la maladie à

laquelle on commence le traitement n'ait pas d'influence sur le résultat obtenu.

Mais dans l'une de nos observations (la cinquième) il y avait déjà de la fluctuation lorsqu'a été faite la deuxième injection de 5 centimètres cubes de collargol. Le pus s'est collecté et l'abcès s'est ouvert spontanément malgré la continuation du traitement. Il est donc bien entendu que la médication doit être employée avant que le pus ne soit « collecté » : *on peut éviter la formation de l'abcès mais on ne peut le faire rétrocéder une fois formé.*

*Réaction.* — Après l'injection intraveineuse de collargol, la réaction varie suivant les individus, comme nous le verrons par les observations qui vont suivre. On peut voir tous les degrés ; dans la règle, on observe trois symptômes très nets une heure ou deux après l'injection :

1° Un grand frisson qui secoue le malade et le fait claquer des dents ; il dure de un quart d'heure à une demi-heure environ. Il peut être bon de couvrir le malade de couvertures chaudes et de lui administrer un grog.

2° A ce frisson succède une période de sueurs plus ou moins abondantes immédiatement suivie d'une élévation de température.

3° Cette poussée thermique peut aller jusqu'à 40 degrés et plus ; elle dure peu et bientôt se produit la défervescence.

Mais ce qui importe surtout c'est que le malade éprouve alors une sensation de bien-être toute parti-

culière et que les symptômes pénibles qui existaient auparavant s'atténuent et disparaissent rapidement — phénomènes généraux : fièvre, céphalée, courbature ; phénomènes locaux : douleur de gorge, tuméfaction de l'amygdale, trismus, engorgement ganglionnaire. La déglutition redevient rapidement possible, ce qui permet au malade de s'alimenter.

*Faut-il craindre des complications ?* — Caubet (1) dans sa thèse cite des cas d'embolie pulmonaire, d'œdème aigu du poumon, de collapsus survenus après des injections intraveineuses de collargol. Nous croyons que ces complications sont exceptionnelles et nous ne les avons jamais observées.

Une seule chose selon nous mérite de retenir l'attention en pratique, c'est celle-ci : Après l'injection intraveineuse de collargol il y a, comme l'ont montré Pinto et Marquez Dos Santos, un retard de la coagulation du sang. On peut s'en assurer chez les malades que l'on soumet à ce traitement par la méthode de Dukes ; le suintement dure six à sept minutes au lieu de trois à quatre.

Il faut donc agir avec beaucoup de circonspection chez les sujets atteints d'hémorragies ou ayant tendance aux hémorragies.

---

1. Caubet Jean, *Des accidents et complications qui surviennent au cours des injections intraveineuses de collargol*. Thèse Paris, 1910.

## OBSERVATIONS

---

Nous avons traité par les injections intraveineuses de collargol tous les malades atteints d'amygdalite phlegmoneuse qui se sont présentés à notre observation dans divers services hospitaliers depuis plusieurs mois. Nous n'abuserons pas des observations ; elles ont entre elles beaucoup d'analogie et nous n'en rapporterons ici que quelques-unes.

### OBSERVATION I

*Phlegmon de l'amygdale gauche. — Deux injections de 10 centimètres cubes de collargol intraveineux. — Guérison.*

G... Gabriellé, 20 ans, blanchisseuse, entre le 6 juillet 1920 à Laënnec, salle Trousseau, pour une angine phlegmoneuse.

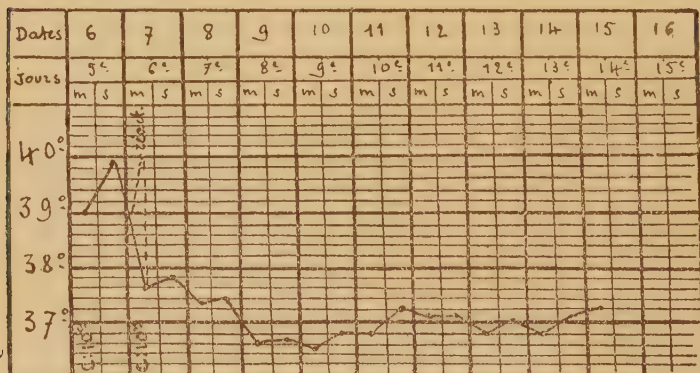
Début le 1<sup>er</sup> juillet par mal de gorge sans dysphagie. La jeune femme ayant eu froid le matin au lavoir commence à souffrir du côté droit de la gorge vers midi. Le lendemain la douleur s'est atténuée à droite, mais l'amygdale gauche est très douloureuse. La déglutition est pénible, la malade ne

peut avaler que des liquides; en même temps elle a des frissons et la température monte.

G... continue à travailler, se gargarisant fréquemment dans la journée; elle ne cesse le travail que le 6, date de son entrée à l'hôpital où elle s'alite. La douleur a surtout été violente le 5 et le 6.

A son entrée, elle présente une tuméfaction considérable de l'amygdale gauche avec gros œdème de la partie gauche du voile du palais. Au niveau du bord libre du voile se trouve une ulcération grosse comme une lentille ayant un peu les apparences d'une plaque muqueuse; il s'agit d'une exulcération sans fausse membrane (le Wassermann a été négatif). Engorgement ganglionnaire à gauche. La douleur est violente, la déglutition extrêmement pénible.

6 juillet. — Première injection intraveineuse de 10 centimètres cubes de collargol. Peu de réaction (léger frisson); la douleur est aussi vive, l'amélioration minime; la température le soir est à 39°9.



7 juillet. — Deuxième injection intraveineuse de 10 centi-

mètres cubes de collargol. La réaction est immédiate et après un grand frisson et une poussée thermique à 40 degrés, la température tombe à 37°6. La malade éprouve une sensation de bien-être particulière, mais l'œdème est encore marqué, la douleur assez vive, l'ulcération du voile persiste.

8 juillet. — L'œdème et la rougeur sont considérablement diminués ; la douleur a presque complètement disparu, la température est à 37°3.

9 juillet. — L'état général est bon, la déglutition facile, l'ulcération se cicatrise. La voix reste un peu nasonnée.

15 juillet. — L'ulcération du voile a disparu ainsi que l'œdème. Les amygdales sont de même volume ; la déglutition est normale ; l'état général excellent.

La malade sort guérie de l'hôpital.

## OBSERVATION II

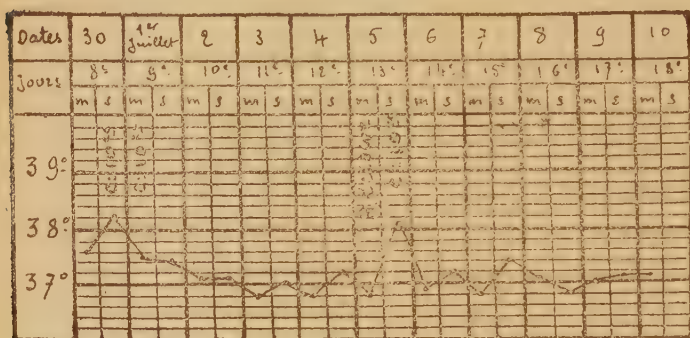
*Phlegmon de l'amygdale droite, traitement par le collargol (deux injections de 10 centimètres cubes) : guérison. Récidive à gauche : injection de 10 centimètres cubes de collargol : guérison.*

B. ..., Jean, 20 ans, ajusteur, entre le 30 juin 1920 à l'hôpital Laënnec, salle La Rochefoucauld pour un phlegmon de l'amygdale droite.

Début huit jours auparavant par un mal de gorge banal soigné par des gargarismes et des collutoires.

30 juin. — A son entrée, il existe un phlegmon de l'amygdale droite avec trismus, déglutition impossible, voix nasonnée, otalgie droite, dysphagie. On fait une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes de collargol. La nuit est

mauvaise, le malade souffre beaucoup. Deux heures après l'injection intraveineuse, réaction assez violente : frissons puis sueurs.



*1<sup>er</sup> juillet.* — Deuxième injection de 10 centimètres cubes de collargol. Le soir le malade ne souffre plus sauf en avalant. L'amygdale reste grosse, il persiste du trismus mais l'état général est meilleur et la température passe de 38°2 à 37°5. La nuit est bonne.

*2 juillet.* — La douleur a presque complètement disparu. Encore un peu de trismus ; la gorge est moins tendue, l'état général est bon, la température à 37°1.

*3 juillet.* — Diminution considérable de l'œdème, peu de trismus ; très légère douleur à la déglutition.

### Récidive à gauche

*4 juillet.* — Plus d'œdème à droite mais le malade souffre à gauche ; l'amygdale de ce côté est grosse, le voile œdématisé ; la douleur augmente, la nuit est mauvaise.

*5 juillet.* — Gros œdème à gauche avec douleur violente ; le trismus réapparaît intense ; la déglutition est à nouveau

presque impossible. Le soir la température est à 38°1, on fait une nouvelle injection intraveineuse de collargol.

6 juillet. — Nouvelle amélioration rapide à la suite du traitement. La température tombe à 37°2; la douleur diminue rapidement ainsi que le trismus et l'œdème.

7 juillet. — L'état général est bon ; le malade ne souffre plus, avale bien et le pilier antérieur est à peine plus saillant qu'à gauche.

10 juillet. — Le malade sort de l'hôpital la gorge nette, complètement guéri.

### OBSERVATION III

*Phlegmon de l'amygdale gauche, trois injections de 5 centimètres cubes de collargol intraveineux : guérison.*

P... Maxime, 18 ans, manœuvre, entre le 28 décembre 1919, à l'hôpital Beaujon, salle Verneuil pour un phlegmon de l'amygdale gauche.

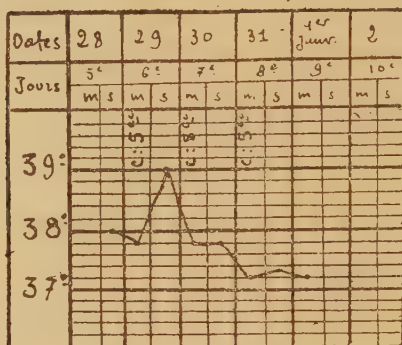
Début insidieux huit jours auparavant par de la gêne de la déglutition puis de la douleur et quatre jours plus tard du trismus.

A son entrée, la déglutition est impossible ; l'examen est rendu difficile en raison du trismus. La voix est nasonnée.

29 décembre. — Injection intraveineuse de 5 centimètres cubes de collargol ; le malade fait un frisson et la température monte à 39° ; l'amélioration est minime.

30 décembre. — Nouvelle injection de 5 centimètres cubes. La température reste à 37°8 ; le malade se trouve mieux ; la douleur et le trismus diminuent. L'examen de la gorge

devient plus facile et montre une tuméfaction considérable de l'amygdale gauche.



31 décembre. — Troisième injection de 5 centimètres cubes de collargol intraveineux. Très grande amélioration. L'œdème est fort diminué. On voit un espace libre entre la luette et l'amygdale gauche ce qui n'existait pas la veille. La douleur est beaucoup moins vive, le trismus a disparu.

1<sup>er</sup> janvier. — Le malade guéri sort de l'hôpital. Plus d'œdème du voile ; l'amygdale gauche est encore un peu rouge, à peine plus saillante que celle du côté opposé. Il ne souffre plus, s'alimente bien ; sa température est à 37°2.

#### OBSERVATION IV

J... René, 26 ans, entre le 14 janvier 1920 à l'hôpital Laënnec pour un phlegmon de l'amygdale gauche qui a débuté trois jours auparavant.

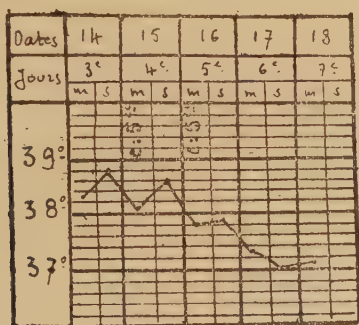
Œdème léger de la luette, rougeur et saillie du pilier antérieur, trismus.

*13 janvier.* — Le malade s'est présenté à la consultation ; on a donné un coup de bistouri, il n'est pas sorti de pus.

A son entrée, le malade présente des troubles fonctionnels assez marqués : dysphagie et dysphonie, trismus. On pratique l'examen de la cavité bucco-pharyngée dont l'état est le suivant : l'amygdale gauche est très volumineuse, le voile du palais est rouge, congestionné, oedématié ; le pilier antérieur est en quelque sorte projeté en avant. Des ganglions augmentés de volume sans être très gros et douloureux occupent la région sous-maxillaire et angulo-maxillaire.

*15 janvier.* — On fait une injection intraveineuse de 5 centimètres cubes de collargol. Réaction minime. Le soir les signes locaux sont les mêmes mais il y a une légère diminution des signes fonctionnels et du trismus en particulier.

*16 janvier.* — Deuxième injection intraveineuse de 5 cen-



timètres cubes de collargol sans grande réaction également. Le malade se trouve mieux ; l'état général s'améliore, la température est à 37°8, les signes locaux s'atténuent.

*17 janvier.* — Le malade se trouve très bien. La température est à 37°, il y a une diminution considérable de l'oedème

et de la saillie du pilier antérieur. L'amygdale est d'un volume presque normal, un peu plus rouge que du côté opposé.

Plus de douleurs, plus de trismus.

18 janvier. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

## OBSERVATION V

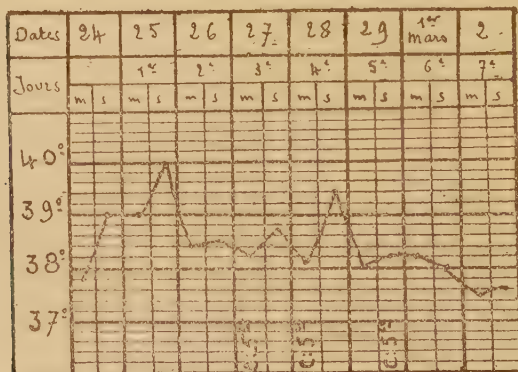
### *Phlegmon de l'amygdale ouvert malgré le collargol*

Mme P..., 34 ans, entre le 14 février 1920 à l'hôpital Laënnec, salle Trousseau pour toux, courbature et hémoptysies.

Etant à l'hôpital, elle fait un phlegmon de l'amygdale qui débute par une angine rouge avec douleur plus vive du côté droit, de la gêne de la déglutition et de la fièvre à 40° le 25 février.

26 février. — Il y a une grosse tuméfaction de l'amygdale droite avec œdème du pilier antérieur du voile du palais, sans trismus ; pas d'adénopathie.

27 février. — On fait une injection intraveineuse de 5 cen-



timètres cubes de collargol. Réaction violente une heure et demie après l'injection : grands frissons, le malade claque des dents, la température est à 39°5. L'accès cesse au bout d'une heure mais la température reste à 38°5. La nuit est mauvaise.

28 février. — L'œdème est plus accusé, la déglutition presque impossible et il y a de la fluctuation au niveau de l'amygdale droite.

On fait une nouvelle injection de 5 centimètres cubes de collargol sans réaction. Le soir la température est à 39°4.

29 février. — Aucune amélioration ; gros œdème ; trismus ; douleur violente. La température cependant est tombée de 39°4 à 38°2.

Le soir on fait une injection de 10 centimètres cubes de collargol intraveineux ; peu de réaction.

1<sup>er</sup> mars. — Evacuation spontanée du pus.

## OBSERVATION VI

*Phlegmon de l'amygdale gauche. — Deux injections intraveineuses de 5 centimètres cubes de collargol. — Guérison.*

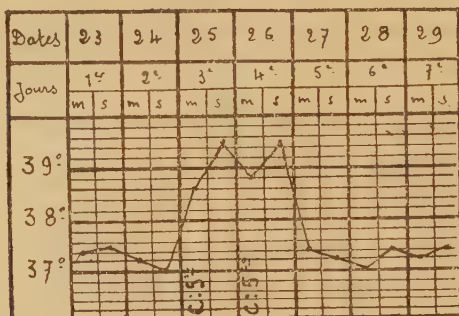
D... Suzanne, 26 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 18 novembre 1919 pour crises épileptiformes.

21 novembre. — Angine herpétique sur les deux amygdales. Début brutal caractérisé par des phénomènes généraux assez intenses : frissons, courbature, céphalée.

24 novembre. — La douleur se localise à gauche.

25 novembre. — L'amygdale gauche est tuméfiée, le voile

tendu, la déglutition difficile. Il y a du trismus et de l'engorgement ganglionnaire.



On fait une injection intraveineuse de 5 centimètres cubes de collargol. Réaction assez vive. La douleur diminue un peu mais la température le soir est à 39°5.

26 novembre. — L'état est le même, on fait une seconde injection de 5 centimètres cubes de collargol suivie d'une nouvelle réaction avec frissons et sueurs.

27 novembre. — La température tombe à 37°4. Grande amélioration : l'œdème a considérablement diminué ; il n'y a plus de trismus ; la douleur est minime et la déglutition à peine douloureuse.

29 novembre. — Plus rien à la gorge. Amygdale normale ; aucune saillie du pilier ; plus d'œdème ; plus de douleur ; plus de dysphagie. La malade sort guérie de l'hôpital.

OBSERVATION VII

*Phlegmon de l'amygdale gauche.*

*Injection de 10 centimètres cubes de collargol. — Guérison*

D..., 19 ans, chasseur.

24 août 1920. — Entre à Beaujon salle Millard, pour amygdalite gauche. Début par une angine rouge une semaine environ auparavant.

L'amygdale est très grosse avec œdème du voile ; déglutition impossible ; nasonnement ; adénopathie cervicale.

25 août. — On fait une injection de 10 centimètres cubes de collargol intraveineux, sept jours après le début de l'amygdalite ; réaction assez vive. Les phénomènes locaux rétro-cèdent, l'état général s'améliore rapidement. Le malade se sentant très soulagé refuse une seconde injection.

28 août. — La température est à 37°.

30 août. — Le malade sort de l'hôpital guéri.

OBSERVATION VIII

Cette observation est celle d'une jeune femme ayant fait de nombreux phlegmons de l'amygdale. Le dernier a été traité par les injections intraveineuses de collargol et a guéri sans qu'il se produise de suppuration.

*Il y a dix ans. — Angine diphtérique et phlegmon de l'amygdale droite : sérum.*

Depuis lors jusqu'en octobre 1918, quelques angines pul-tacées.

*En octobre 1918, en août 1919 et en septembre 1919,* phlegmons de l'amygdale droite. On note après la guérison qui suit l'ouverture chirurgicale une gêne de la déglutition qui persiste cinq à six jours.

*28 novembre 1919. — Phlegmon traité par le collargol.*

A six heures du matin, début brusque des phénomènes douloureux qui réveillent la malade. A l'examen : angine rouge.

A midi : points blancs disséminés ; le soir : membranes blanches adhérentes des deux côtés : douleur extrême à droite, grosse tuméfaction des piliers surtout à droite. Traitement local et sérum (10 cmc.).

*29 novembre. — Examen des membranes ; frottis : pas de bacilles de Lœffler ; streptocoques.*

Le soir on fait une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes de collargol : réaction assez vive.

*30 novembre. — Culture négative.* L'état de la malade est sensiblement le même que la veille. Le soir : deuxième injection intraveineuse de 10 centimètres cubes de collargol ; même réaction qu'après la première injection ; la nuit est agitée mais la malade souffre moins.

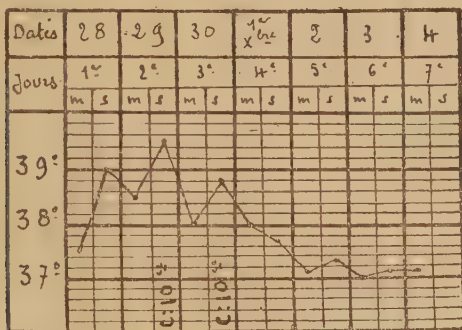
*1<sup>er</sup> décembre. —* Au réveil, la déglutition est plus facile ; le gonflement diminue ; les membranes sont très réduites. A midi, amélioration très sensible ; température à 37°7.

*2 décembre. —* Température à 37°1. Il n'y a plus qu'une légère tuméfaction de l'amygdale droite ; les membranes ont complètement disparu. La douleur minime ne gêne plus la

malade qu'au moment de la déglutition; l'alimentation est possible.

3 décembre. — Température à 37°. L'amélioration continue; l'état général est bon et la malade se dit guérie.

4 décembre. — Température à 37°1. Il ne subsiste plus qu'une gêne légère à la déglutition et un gonflement léger des deux amygdales.



Ce phlegmon traité par le collargol intraveineux dès le deuxième jour a donc, contrairement à ceux qu'avait eus la malade auparavant, évolué vers la résolution, à la suite de deux injections de 10 centimètres cubes, *sans qu'il se produise de suppuration.*

## RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

| PÉRIODE<br>de la maladie<br>à laquelle a été faite<br>la première inject. | NOMBRE D'INJECTIONS<br>et quantités injectées | RÉSULTATS                                                                     | NUMÉROS<br>des<br>Observations |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1 <sup>er</sup> jour                                                      | 1 injection de 10 centimètres cubes.          | Amélioration immédiate. Guérison au bout de 2 jours.                          | N° 2<br>(récidive)             |
| 2 <sup>me</sup> jour                                                      | 2 injections de 10 centimètres cubes.         | Amélioration immédiate. Guérison au bout de 2 jours.                          | N° 8                           |
| 3 <sup>me</sup> jour                                                      | 2 injections de 5 centimètres cubes.          | Amélioration rapide après la deuxième injection. Guérison au bout de 3 jours. | N° 6                           |
|                                                                           | 3 injections de 5 centimètres cubes.          | Fluctuation quand la deuxième injection fut faite. Ouverture.                 | N° 5                           |
| 4 <sup>me</sup> jour                                                      | 2 injections de 5 centimètres cubes.          | Amélioration immédiate. Guérison au bout de 2 jours.                          | N° 4                           |
| 5 <sup>me</sup> jour                                                      | 2 injections de 10 centimètres cubes.         | Amélioration rapide après la deuxième injection. Guérison au bout de 2 jours. | N° 1                           |
| 6 <sup>me</sup> jour                                                      | 3 injections de 5 centimètres cubes.          | Amélioration rapide après la deuxième injection. Guérison au bout de 3 jours. | N° 3                           |
| 7 <sup>me</sup> jour                                                      | 1 injection de 10 centimètres cubes.          | Amélioration rapide après la première injection. Guérison au bout de 3 jours. | N° 7                           |
| 8 <sup>me</sup> jour                                                      | 2 injections de 10 centimètres cubes.         | Amélioration rapide après la deuxième injection. Guérison au bout de 2 jours. | N° 2                           |

## RÉSULTATS

---

« L'angine phlegmoneuse, dit Trousseau, est une des maladies qui font la gloire et le désespoir de toutes les médications ; leur désespoir parce que la médecine ne prévaut jamais contre elles en ce sens que nous sommes impuissants pour les enrayer dans leur marche, pour en abréger la durée ; leur gloire parce qu'elles guérissent d'elles-mêmes quoi que nous fassions et qu'on est tenté de rapporter à cette médication tout l'honneur de la cure. »

Voilà certes des paroles qui doivent nous rendre prudents au moment d'attribuer au collargol ce qui lui revient dans la guérison de l'amygdalite phlegmoneuse. Il nous paraît certain cependant que son efficacité est réelle et qu'elle est mise en évidence par la série de courbes et d'observations qui précèdent.

Quels sont, en effet les résultats que nous avons obtenus avec cette méthode de traitement.

1° *Le collargol empêche la suppuration de se produire*, c'est le fait capital. Le processus phlegmoneux est, comme nous l'avons dit, en quelque sorte jugulé. Dans tous les cas d'amygdalite phlegmoneuse que

nous avons traités par cette méthode, une seule fois, il y eut, malgré le collargol, formation d'abcès et évacuation spontanée du pus. Or, sans avoir l'intention « d'excuser » la méthode, nous voulons faire remarquer d'une part, qu'il y avait déjà de la fluctuation lorsqu'on a fait la deuxième injection de 5 centimètres cubes et que, d'autre part, la malade dont il s'agit était tuberculeuse et tous les auteurs qui se sont servi du collargol ont noté que les tuberculeux ne réagissent pas favorablement à la médication. Mlle Lenormand (1), élève de Triboulet, a même décrit une méthode de diagnostic de la nature tuberculeuse des affections pulmonaires de l'enfant basée sur ce fait.

Peut-on affirmer que c'est au collargol qu'est due cette résolution? — Certes, dans certains cas d'angine ayant présenté tous les caractères de l'amygdalite phlegmoneuse : gêne locale affreusement douloureuse, déglutition de plus en plus cruelle, parole nasonnée, retentissement ganglionnaire accompagnant la voussure progressive de l'amygdale et du voile du palais avec œdème de la luette, on a pu voir ces phénomènes rétrocéder spontanément lorsque l'angine était abandonnée à elle-même ou aux gargarismes, mais c'est une exception. *Avec le traitement par le collargol, c'est la règle.*

2° Le malade éprouve rapidement après l'injection de collargol une sensation de bien-être particulier

1. Mlle Lenormand. Thèse Paris, 1910.

et c'est le résultat qui lui apporte le plus de satisfaction, après des douleurs si violentes.

En effet, on constate une amélioration rapide et parfois immédiate de l'état général, la fièvre tombe, la douleur diminue, le malade « se sent bien ». C'est un résultat que l'on retrouve chaque fois que l'on emploie le collargol dans une maladie infectieuse, nous n'insisterons pas.

3° Enfin le collargol amène rapidement la cessation de la phase aiguë de l'affection en quarante-huit heures ou trois jours. Il diminue aussi beaucoup la durée de la convalescence qui n'existe pour ainsi dire pas et on n'observe pas après le traitement par le collargol, comme cela se produit d'ordinaire, des périodes de six et huit jours après la guérison du phlegmon pendant lesquelles le malade éprouve encore de la gêne douloureuse à la déglutition, de la sensibilité de la gorge et du nasonnement.

Voilà ce que nous a donné le collargol intraveineux dans cette affection fébrile, douloureuse, à grand fracas souvent qu'est l'angine phlegmoneuse.

*Comment agit le collargol ?* — Là comme dans les autres maladies infectieuses, il agit par son pouvoir bactéricide, par son action modificatrice directe sur les toxines et surtout par son action sur la leucocytose. Il active la leucocytose en ce sens qu'il amène une augmentation des polynucléaires neutrophiles et qu'il stimule le pouvoir opsonique de ces leucocytes.

Comme dans les œdèmes des pseudo-rhumatismes,

comme au moment de la crise pneumococcique, comme dans tous les cas de septicémie, le collargol agit en favorisant un effet curatif naturel. Ainsi que le dit Triboulet, « il facilite la crise, il ne la crée pas ».

---

## CONCLUSIONS

---

1° Le collargol en injection intraveineuse exerce une action quasi-spécifique sur l'amygdalite phlegmoneuse ;

2° L'injection intraveineuse est suivie d'une sensation de bien-être remarquable, d'un soulagement local rapide et d'une chute de la température ;

3° Le processus phlegmoneux avorte et la résolution se produit sans qu'il y ait formation d'abcès, quelle que soit la période de l'affection à laquelle est faite la première injection, pourvu que le pus ne soit pas formé ;

4° La guérison est rapide, en quarante-huit heures à trois jours, sans qu'il subsiste de gêne douloureuse.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Achard et Weill.* — Le sang et les organes hématopoïétiques après injection d'électrargol Société de Biologie, 19 janvier 1907).
- Bourguignon (Jeanne).* — De l'argent colloïdal. Thèse Paris, 1908.
- Caubet (Jean).* — Des accidents et complications qui surviennent au cours des injections intraveineuses de collargol. Thèse Paris, 1910.
- Debray.* — Action curative du collargol (Journal médical de Bruxelles, 3 juin 1909).
- Fox.* — Traitement abortif de l'esquinancie (The Lancet, 8 février 1896, analysé in Annales des maladies de l'oreille, 1896).
- Genty.* — Traitement des abcès amygdaliens et périamygdaliens (La clinique, 7 août 1908).
- Moure.* — Presse médicale, 1901, n° 68.
- Netter.* — Communication à la Société médicale des Hôpitaux, 12 décembre 1902.
- Communication à la Société médicale des Hôpitaux, 16 janvier 1903.
- Presse médicale, 11 février 1903.
- Bulletin de la Société de l'Internat, 26 mars 1908.
- Presse médicale, 8 janvier 1913.
- Pastia.* — Influence du collargol sur le pouvoir opsonique (Presse médicale, 1910).

- Patein.* — Sur la localisation du collargol dans l'organisme (Bulletin général de thérapeutique. Paris, 1909 ; Journal de pharmacie et de chimie, 1909).
- Ranevey.* — Traitement des abcès périamygdaliens (Thèse Paris, 1910).
- Robin et Weill (P.-E.).* — Action des ferments métalliques sur les éléments figurés du sang (Bulletin de l'Académie de Médecine, 18 juillet 1905).
- Triboulet (H.).* — Communication à la Société médicale des Hôpitaux, 5 juillet 1907.
- Congrès de médecine de Paris, 1907.
  - La médication par l'argent colloïdal (La clinique, 27 juin 1913).
  - Traitement de l'amygdalite phlegmoneuse par l'injection intraveineuse d'argent colloïdal (collargol, électrargol) (Société médicale des Hôpitaux, 3 décembre 1915).

